



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
ХОДАТАЙСТВО О ВКЛЮЧЕНИИ В
ИСКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ПРОГРАММУ
WAIVER ENROLLMENT REQUEST

УКАЗАНИЯ ДЛЯ КЛИЕНТА: Пожалуйста, укажите имя клиента, номер DDD (если известен), дату рождения, дату направления (дату запроса), номер региона (если известно) и имя менеджера по делу. Вся остальная информация заполняется сотрудниками отдела DDD.

Отправьте эту форму своему менеджеру по делу или принесите ее в местный офис отдела DDD.

ИМЯ КЛИЕНТА	НОМЕР DDD	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДАТА НАПРАВЛЕНИЯ
РЕГИОН	МЕНЕДЖЕР ПО ДЕЛУ	<input type="checkbox"/> Направление в другую исключительную программу	<input type="checkbox"/> первичное направление в исключительную

Юридическое основание

- WAC 388-845-0045 "Когда существует возможность увеличить число участников исключительной программы, как отдел DDD определяет, кого следует в нее включить?"
 WAC 388-845-0050 "Как мне подать ходатайство о включении в исключительную программу?"
 WAC 388-845-0070 "По каким критериям определяется, требуется ли мне уровень ухода Учреждения среднесрочного ухода для умственно отсталых ICF/MR?"

Ходатайство об изменении назначенных исключительных программ
 (заполняется только лицами, являющимися участниками исключительных программ в настоящий момент)

ТЕКУЩИЕ НАЗНАЧЕННЫЕ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ	ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ, О НАЗНАЧЕНИИ КОТОРЫХ ПОДАЕТСЯ ХОДАТАЙСТВО
<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Basic Plus <input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Basic Plus <input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> CP

Очередность согласно статье WAC 388-845-0045 (заполняется для всех ходатайств)

Выберете только одну очередность (1, 2, 3 или Нет)

1. Человек в данный момент получает услуги исключительной программы, но просит предоставить ему возможность получать услуги другой исключительной программы для удовлетворения его/ее потребностей.
2. Представитель группы населения, пользующейся преимущественным правом: (выберите одно из следующих утверждений)
- Член группы, определенной и финансируемой согласно законодательству;
 - Подвержен непосредственному риску помещения в учреждение ICF/MR из-за невыполнения потребностей в отношении безопасности и здоровья;
 - Представляет опасность для общества;
 - В настоящее время пользуется услугами, финансируемыми только за счет штата.
 - Лица, участвующие в исключительной программе HCBS, которая предоставляет услуги, выходящие за рамки удовлетворения их установленных потребностей в медицинском обслуживании и социальном обеспечении.
 - Лица, ранее участвовавшие в исключительной программе HCBS начиная с апреля 2004 г. и лишившиеся права на участие в исключительной программе в соответствии с WAC 388-845-0060 (9)
3. Необходимы услуги программы Basic, чтобы обеспечить дальнейшее пребывания дома в семье.
- Нет Не соответствует ни одному из вышеуказанных требований.

Право на помещение в учреждение ICF/MR согласно WAC 388-845-0050
 (заполняется для всех ходатайств)

- Признан (a) соответствующим (ей) требованиям потребности в уходе учреждения уровня ICF/MR в соответствии с 15-168 или 15-170A.
- Не соответствует требованиям потребности в уходе учреждения уровня ICF/MR. ВНИМАНИЕ! НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ФОРМУ ДАЛЕЕ, ЕСЛИ ЛИЦО НЕ ИМЕЕТ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ УЧРЕЖДЕНИЯ ICF/MR.

Определите особые целевые критерии участия в исключительной программе, которые отражают потребности данного лица (заполняется для всех ходатайств)

Программа Basic Waiver	<input type="checkbox"/> Живет с семьей или в собственном доме.
	<input type="checkbox"/> Имеет хорошо развитую собственную поддержку.
Программа Basic Plus Waiver	<input type="checkbox"/> Существует риск для возможности семьи/опекуна продолжать уход за данным лицом, но предоставление ухода может быть продолжено при условии оказания дополнительных услуг.
	<input type="checkbox"/> Не требуются услуги учреждения постоянного пребывания за пределами дома.
Программа Core Waiver	<input type="checkbox"/> Живет с семьей или в других условиях при наличии помощи, но существует высокий риск помещения для проживания вне дома или прекращения текущих условий проживания.
	<input type="checkbox"/> Нуждается в том, чтобы жить в семейном доме для совершеннолетних лиц или в учреждении, предоставляющем уход за совершеннолетними лицами с постоянным проживанием.
	<input type="checkbox"/> Требуется более 6500 долларов в год на оплату услуг по программе дневного обслуживания.
	<input type="checkbox"/> Требуются услуги по адаптации в учреждении постоянного проживания, предоставляемые вне родительского дома.
	<i>Или</i>
	<input type="checkbox"/> Живет в доме семьи/родителей, но существует непосредственный риск помещения для проживания вне дома,

Программа Съыртшан Protection Waiver	<input type="checkbox"/> Живет или переезжает для жизни в обществе. И			
	<input type="checkbox"/> Требуется круглосуточное непосредственное наблюдение персонала для обеспечения безопасности окружающих. И			
	<input type="checkbox"/> Требуется лечение и/или другие услуги по адаптации. И			
	<input type="checkbox"/> Соответствует критерию DDD "защита общества".			
Рекомендованный срок предоставления ответа центрального офиса (срок отражает критическую потребность в услугах исключительной программы)				
<input type="checkbox"/> Срочно (<24 часов) Клиент в непосредственной опасности и не имеет поддержки. <input type="checkbox"/> В течение 30 дней. Может лишиться существующей в настоящий момент поддержки в течение 30 дней. <input type="checkbox"/> Не срочно. <input type="checkbox"/> Другое (пояснить):				
Текущая ситуация в плане проживания				
<input type="checkbox"/> Бездомный <input type="checkbox"/> Собственный дом без оплачиваемой или с неоплачиваемой поддержкой <input type="checkbox"/> Свой дом с недостаточной поддержкой по месту проживания. <input type="checkbox"/> Ребенок, проживающий с родителем/семьей/опекуном <input type="checkbox"/> Взрослый, проживающий с престарелым родителем (65 лет и старше). <input type="checkbox"/> Взрослый, проживающий с лицом, не являющимся родственником	<input type="checkbox"/> Психиатрическая больница <input type="checkbox"/> Медицинское учреждение <input type="checkbox"/> Тюрьма/исправительное учреждение <input type="checkbox"/> Ребенок в возрасте до 22 лет в семейном приюте/коллективном доме, не относящимся к отделу DDD <input type="checkbox"/> Другое:			
Региональный администратор				
<input type="checkbox"/> Рекомендовано утверждение <input type="checkbox"/> Рекомендован отказ				
Примечания:				
Региональный администратор или уполномоченное должностное лицо	ДАТА			
Утверждение центрального офиса				
<input type="checkbox"/> Утверждено <input type="checkbox"/> Отказано				
Примечания:				
Руководитель исключительной программы или уполномоченное должностное лицо	ДАТА			
NEW WAIVER REFERRAL - FOR CENTRAL OFFICE USE ONLY (только для заполнения центральным офисом)				
RECOMMENDED WAIVER ASSIGNMENT	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Basic Plus	<input type="checkbox"/> Core	<input type="checkbox"/> CP